Małopolska Tarcza Antykryzysowa – Pakiet Medyczny 3

OPIS PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA

Aparat – System Indukcji Stymulacji (SIS)
Nazwa producenta: ……
Nazwa i typ: .....
Rok produkcji: nie wcześniej niż 2021 r.
Ilość: 1 sztuk
Wykonawca zobowiązany jest do podania parametrów w jednostkach wskazanych w niniejszym opisie.
Wykonawca gwarantuje niniejszym, że sprzęt jest fabrycznie nowy (rok produkcji: nie wcześniej niż 2021), nieużywany, kompletny i do jego uruchomienia oraz stosowania zgodnie z przeznaczeniem nie jest konieczny zakup dodatkowych elementów i akcesoriów. Żaden aparat ani jego część składowa, wyposażenie, etc. nie jest sprzętem rekondycjonowanym, powystawowym i nie był wykorzystywany wcześniej przez innego użytkownika

l.p.	OPIS PARAMETRU	PARAMETR WYMAGANY	PARAMETR OFEROWANY POTWIERDZIĆ „TAK”, A WE WSKAZANYCH POLACH PODAĆ
1	Indukcja magnetyczna min. 2,5 tesli	Tak, podać	
2	Częstotliwość magnetyczna regulowana w zakresie min. 1-150 Hz	Tak, podać	
3	Maksymalna intensywność stymulacji przynajmniej 28 kT/s	Tak, podać	
4	Maksymalny prąd wyjściowy 1400 W +/-3%	Tak, podać	
5	Czas trwania impulsu w zakresie min. 0,01-60 [s]	Tak, podać	
6	Czas trwania zabiegu w zakresie min. 1-60 min	Tak, podać	
7	Wybór kształtu impulsu	Tak	
8	Aparat bezolejowy, chłodzony powietrzem	Tak	
9	Możliwość precyzyjnego ustalania kształtu impulsu np. długości narastania natężenia, długości sinusoidy, przerwy między półsinusoidami	Tak	
10	Gotowe programy terapeutyczne – minimum 55	Tak, podać	
11	Możliwość swobodnej modyfikacji gotowych protokołów zabiegowych i ich zapisywania	Tak	
12	Programy użytkownika	Tak	
13	Tryb automatyczny i ręczny	Tak	
14	Wyposażenie: jednostka główna, ramię przymocowane bezpośrednio do urządzenia, aplikator koncentrujący.	Tak, podać	
15	Zaawansowane ramię sześcioprzegubowe: Wyposażone w trzy przeguby cierne śrubowe z możliwością szybkiej regulacji manualnej siły oporu, dwa przeguby rotacyjne osi ramienia i jeden walcowy z trzpieniem pionowym do swobodnego ruchu ramienia w płaszczyźnie horyzontalnej.	Tak	
16	Ramię oraz obudowa aplikatora elektromagnetycznego wykonane z odlewów z tworzyw sztucznych lub równoważnych	Tak, podać	
17	Aplikator zabezpieczony przed wysunięciem z ramienia poliwinylowym systemem zapadkowym	Tak	
18	Możliwy szybki demontaż aplikatora z ramienia po wciśnięciu przycisku wyraźnie odznaczającego się innym niż ramię kolorem	Tak	
19	Uchwyt terapeuty w formie klamkowej umieszczony na rewersie aplikatora celem zmaksymalizowania bezpieczeństwa personelu w trakcie terapii ręcznej	Tak	

20	Wszystkie elementy urządzenia są trwałymi, solidnymi odlewami, żaden element nie jest drukowany na drukarce 3D	Tak	
21	Kolorowy ekran dotykowy o przekątnej min. 8,4”	Tak	
22	Możliwość zmiany kolorów ekranu, napisów	Tak	
23	Możliwość zapisania schematów dźwiękowych urządzenia i ich modyfikacji	Tak	
24	Nawigacyjny atlas anatomiczny z dokładnym opisem zaprogramowanych jednostek chorobowych	Tak	
25	Wbudowany opis i ilustracje obrazujące sposób wykonania zabiegu	Tak	
26	Baza danych pacjentów	Tak	
27	Wskaźnik intensywności pola magnetycznego	Tak	
28	Wskaźnik czasu trwania zabiegu	Tak	
29	Wskaźnik przegrzania przetwornika	Tak	
30	Przycisk bezpieczeństwa	Tak	
31	Długość ramienia min. 100 cm (z aplikatorem)	Tak, podać	
32	Wymiary 500 x 970 x 580 mm +/-3%	Tak, podać	
34	Zasilanie 100 V - 240 V , 50-60 Hz	Tak, podać	
35	Temperatura pracy min. -10do +55 °C	Tak, podać	

Lp.	Warunki serwisu	PARAMETR WYMAGANY	PARAMETR OFEROWANY POTWIERDZIĆ „TAK”, A WE WSKAZANYCH POLACH PODAĆ
1.	W cenie oferty Wykonawca zobowiązuje się do zapewnienia przeglądów przez okres gwarancji w ramach zaoferowanej ceny, liczonych od daty bezusterkowego protokolarnego przekazania sprzętu, przy czym ostatni przegląd powinien odbyć się na miesiąc przed zakończeniem ww. okresu, przeglądy powinny się odbywać zgodnie z zaleceniami producenta, jednak nie rzadziej niż raz na 12 miesiące	**Tak**	
2.	Wszystkie czynności serwisowe, w tym podłączenie i uruchomienie sprzętu w miejscu wskazanym przez Zamawiającego oraz przeglądy konserwacyjne, w okresie gwarancji - w ramach wynagrodzenia umownego	**Tak**	
3.	Możliwość zgłoszeń 24h/dobę, 365 dni/rok	**Tak**	
4.	Sprzęt/y będzie/będą pozbawione haseł, kodów, blokad serwisowych, itp., które po upływie gwarancji utrudniałyby Zamawiającemu dostęp do opcji serwisowych lub naprawę sprzętu/ów przez inny niż Wykonawca umowy podmiot, w przypadku nie korzystania przez zamawiającego z serwisu pogwarancyjnego Wykonawcy	**Tak**	
	Szkolenia		
5.	Instruktaż dla personelu medycznego – min. 5 osób	**Tak**	
6.	Instrukcje obsługi w języku polskim w formie elektronicznej i drukowanej (przekazane w momencie dostawy)	**Tak**	

Małopolska Tarcza Antykryzysowa – Pakiet Medyczny 3

Lp.	Warunki serwisu	PARAMETR WYMAGANY	PARAMETR OFEROWANY POTWIERDZIĆ „TAK”, A WE WSKAZANYCH POLACH PODAĆ
7.	Wykonawca w ramach dostawy sprzętu zobowiązuje się dostarczyć komplet akcesoriów, okablowania, itp. asortymentu niezbędnego do uruchomienia i funkcjonowania urządzenia – jeżeli dotyczy,	**Tak**	
8.	Możliwość mycia i dezynfekcji aparatów w oparciu o przedstawione przez wykonawcę zalecane preparaty myjące i dezynfekujące. UWAGA – zalecane środki powinny zawierać nazwy związków chemicznych, a nie tylko nazwy handlowe preparatów.	**Tak**	

UWAGI: Niespełnienie wymaganych parametrów i warunków spowoduje odrzucenie oferty.

Brak odpowiedniego wpisu przez Wykonawcę w kolumnie *Parametr oferowany* będzie traktowany jako brak danego parametru/warunku w oferowanej konfiguracji urządzenia i będzie podstawą odrzucenia oferty.

UWAGA: DOKUMENT NALEŻY OPATRZYĆ:
- KWALIFIKOWANYM PODPISEM ELEKTRONICZNYM LUB
- PODPISEM ZAUFANYM LUB
- PODPISEM OSOBISTYM